



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten – eine qualitativ-explorative Studie

Steinbrüchel-Boesch, Corinne ; Rosemann, Thomas ; Spirig, Rebecca

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002658>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-137839>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Steinbrüchel-Boesch, Corinne; Rosemann, Thomas; Spirig, Rebecca (2017). Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten – eine qualitativ-explorative Studie. *Praxis*, 106(9):459-464.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002658>

Medizinische Fakultät der Universität Basel
Institut für Pflegewissenschaft
Basel

Corinne Steinbrüchel-Boesch, RN, MScN
Prof. Thomas Rosemann, MD, PhD
Prof. Rebecca Spirig, RN, PhD

**Neue Zusammenarbeitsformen mit Advanced Practice Nurses in der Grundversorgung
aus Sicht von Hausärzten.**

Eine qualitativ-explorative Studie

**Swiss General Practitioners' View of new Models of Collaboration Involving Advanced
Practice Nurses.**

A Qualitative Explorative Study

Abkürzungen

ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
MPA	Medizinische Praxisassistentin
VHZ	Verein Hausärzte Stadt Zürich

Zusammenfassung

Chronischkranke und multimorbide Menschen erfordern neue Versorgungsmodelle, in denen die Zusammenarbeit der Berufsgruppen neu definiert wird. Während sich interprofessionelle Modelle international bewähren, bestehen in der Schweiz erst wenige solche Versorgungsteams. Insbesondere ist wenig bekannt über die Sicht von Hausärzten gegenüber neuen Versorgungsmodellen mit Advanced Practice Nurses (APNs). Deshalb untersuchten wir, wie Hausärzte mögliche Zusammenarbeitsformen mit APNs in der Grundversorgung beschreiben.

Wir führten Fokusgruppeninterviews mit Hausärzten durch. Vorgängig explorierte ein Expertengremium Themen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse analysiert.

Die Analyse ergab, dass den Ärzten die Beibehaltung der heutigen Versorgungsqualität wichtig ist. Sie stehen einer Zusammenarbeit mit APNs offen gegenüber, wissen aber wenig über deren Kompetenzen. Erschwerend wirkt sich zudem aus, dass die Finanzierung noch nicht geregelt ist.

Schlüsselwörter

Interprofessionelle Zusammenarbeit; Grundversorgung; Hausarzt; Advanced Practice Nurse; Fokusgruppe

Abstract

Multimorbid and chronically ill patients require models of care of which the collaboration of all involved professionals must be redefined. Inter-professional teams are successful in certain countries. However, little is known about Swiss Primary Care Physicians (PCP) views on models of care involving advanced practice nurses (APNs). Therefore we explored PCP's view on potential models of collaboration.

Focus groups were conducted with PCPs. In advance, topics of inter-professional collaboration were explored by a group of experts. The interviews were analysed by qualitative content analysis.

The results show that maintaining the quality of care is important to PCPs. They are willing to collaborate, but little PCPs know about the APNs' expertise. Furthermore it makes it difficult, that the financing of non-medical services is not yet regulated.

Keywords:

Patient Care Team; Primary Health Care; Physicians; Primary Care;
Advanced Practice Nursing; Focus Groups

Résumé

Les exigences concernant les soins primaires évoluent avec les changements démographiques. En Suisse, rares sont les équipes de collaboration interprofessionnelle en comparaison avec l'international. Aujourd'hui, la position des médecins sur ces modèles est peu connue. Nous avons donc étudié comment ils décrivent les formes possibles de coopération.

Nous avons élaboré, avec un groupe d'experts, des thèmes sur la collaboration interprofessionnelle. Puis nous avons mené des focusgroups avec les médecins, analysées suivant une analyse de contenu qualitative.

Les résultats montrent que les médecins sont soucieux du maintien de la qualité actuelle des soins, ouverts à une pratique collaborative, cependant peu connaissent les compétences des advanced practice nurses (APNs). Le financement doit être abordé pour favoriser la mise en place de ces pratiques.

Mots-clés

Collaboration interprofessionnelle ; soins primaires ; médecin de famille ; advanced practice nurse ; focus groups

Hintergrund

Chronischkranke und multimorbide Menschen erfordern neue Versorgungsmodelle, in denen die Zusammenarbeit der Berufsgruppen neu definiert wird [1-4]. Das heutige Gesundheitssystem ist vorwiegend auf die Behandlung akuter Erkrankungen ausgerichtet und auf die Betreuung Chronischkranker wenig vorbereitet, obschon sich deren Bedürfnisse stark unterscheiden [4-8]. Für Chronischkranke empfiehlt Wagner [9] ein interprofessionelles Versorgungsteam aus Ärzten¹, verschiedener Spezialisierung, Advanced Practice Nurses (APNs), Apothekern und Sozialarbeitern. APNs sind Pflegefachleute mit einem Studienabschluss auf Master- oder Doktorsniveau. Sie spezialisieren sich auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen, wie z. B. Patienten mit Herzinsuffizienz oder auf ein bestimmtes Versorgungssetting wie eine Intensivstation, ein Ambulatorium oder die spitalexterne Pflege [10, 11]. Ihre Kernkompetenz liegt in der direkten klinischen Praxis, in der sie Konsultationen in komplexen Fällen durchführen und erweiterte pflegerische Massnahmen für eine spezielle Patientengruppe entwickeln und anbieten [10]. Sie beraten zum Beispiel Chronischkranke in der Umsetzung von Therapien und fördern sie im Selbstmanagement, wie beispielsweise der Interpretation von Blutzuckerwerten bei Diabetes oder plötzliche Gewichtszunahme bei Herzinsuffizienz. Die Patienten lernen bei der APN, wie sie aufgrund der eigenen Messwerte handeln sollen oder auch wie sie den Krankheitsverlauf durch Verhaltensänderungen wie Rauchstopp oder Gewichtsreduktion beeinflussen können. In der Grundversorgung erhebt die APN Anamnesen, untersucht die Patienten klinisch und beteiligt sich an der Diagnosestellung und Therapie. Sie ist in der Lage so genannte „red flags“ zu erkennen und die Dringlichkeit eines Handlungsbedarfs abzuschätzen. Zudem ist sie darin geschult in interprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten und andere evidenzbasiert anzuleiten. [10, 12-15]. In der Schweiz arbeiten APNs bis anhin vorwiegend in Spitälern. In der Grundversorgung sind erst wenige tätig und Versorgungsmodelle mit Einbezug von APNs in der Hausarztpraxis wurden in der Schweiz erst vereinzelt eingeführt. Die Einführung solcher neuen Modelle erfordert eine Neuaufteilung der Aufgaben und die Klärung der Verantwortlichkeiten [14, 16-21]. Lindpaintner [22] empfiehlt einen Skill-Mix von Ärzten, Medizinischen Praxisassistentinnen (MPAs) und APNs, in welchem sich die verschiedenen Fachkräfte nicht konkurrenzieren, sondern partnerschaftlich ergänzen. Die Hausärzte arbeiten heute eng mit MPAs zusammen, welche nach Abschluss einer dreijährigen Berufslehre dazu befähigt sind, die administrativen Belange einer Arztpraxis zu führen, therapeutische und diagnostische Arbeiten nach Anleitung des Arztes zu übernehmen, Notfälle zu erkennen und entsprechend zu reagieren [23]. Ist im Praxisteam

¹ zu Gunsten der Leserlichkeit wird jeweils auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet

zusätzlich eine APN tätig, müssen die Rollen geklärt werden. Beispielsweise wird der Arzt einem Patienten mit Diabetes die Medikation verordnen. Die APN berät ihn, welches mögliche Auswirkungen seiner Krankheit sind und wie er diesen vorbeugen bzw. sie behandeln kann und die MPA zeigt dem Patienten, wie er den Blutzucker misst und das Insulin verabreicht und vereinbart neue Termine. Ein solcher Paradigmawechsel kann zu Unsicherheiten und Widerständen führen, weshalb es wichtig ist, die Bereitschaft des Systems und dessen Stakeholdern zu klären [19]. Als wichtigste Stakeholder in der Schweizer Grundversorgung begegnen die Hausärzte dem Einsatz von APNs eher mit Skepsis [24, 25]. Dennoch gibt es bis anhin keine Studie, welche die Sicht der Schweizer Hausärzte zu interprofessionellen Versorgungsmodellen mit Einbezug von APNs untersucht hat. Daher gingen wir der Frage nach, wie Hausärzte mögliche interprofessionelle Zusammenarbeitsformen in der Grundversorgung beschreiben.

Methode

Wir wählten einen qualitativen Ansatz mit einem sequentiellen explorativen Design. Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus neun Hausärzten der Stadt Zürich zusammen, welche über einen Mailversand des Vereins Hausärzte Stadt Zürich (VHZ) oder direkt von der Erstautorin angefragt wurden. Einschlusskriterium war, dass sie zum Zeitpunkt der Anfrage als Hausarzt in der Stadt Zürich tätig waren. Die Daten wurden mittels Fokusgruppeninterviews, demografische Angaben durch einen Fragebogen erhoben. Fokusgruppeninterviews sind eine spezielle Art von Gruppeninterviews mit Repräsentanten einer bestimmten Entität, bei welchen der Gruppenprozess explizit als Teil der Methode betrachtet wird [26]. Zur Vorbereitung elaborierte ein Expertengremium aus sieben Vertretern der repräsentativsten Berufsfeldern der Grundversorgung (Hausärzte, Spitex, MPA, APN) Themen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Anhand dieser Themen wurde ein Interviewleitfaden für die Fokusgruppen erstellt. Es fanden drei Fokusgruppeninterviews mit jeweils drei Hausärzten statt. Der Interviewleitfaden wurde nach jedem Fokusgruppeninterview auf Basis neu generierter Themen überarbeitet. Die Interviews wurden von der Erstautorin durchgeführt und elektronisch aufgezeichnet. Sie wurden anonymisiert transkribiert und anschliessend gelöscht.

Die Analyse erfolgte mit qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [26, 27]. Wir bildeten daraus die Haupt- und Unterkategorien und brachten diese in einen gegenseitigen Zusammenhang. Das dadurch entstandene Kategoriensystem wurde grafisch dargestellt. Die demographischen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik dargestellt.

Zur Qualitätssicherung diskutierte die Autorin den Forschungsprozess mit der Letztautorin und in einer Seminargruppe am Institut für Pflegewissenschaft. Zudem wurden die Erkenntnisse aus den Interviews mit der aktuellen Literatur verglichen.

Die Teilnehmenden des Expertengremiums und der Fokusgruppen wurden zum Voraus schriftlich über die Studie und ihre freiwillige Teilnahme informiert und unterzeichneten eine informierte Einwilligungserklärung. Die demographischen Daten wurden ebenfalls anonymisiert erfasst. Für diese Studie mussten wir kein Gesuch bei der Kantonalen Ethikkommission einreichen, da nur für Forschung an Menschen in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen sowie ambulanten Institutionen und Institutionen des Justizvollzugs ein Gesuch unterbreitet werden muss [28].

Ergebnisse

Demographische Daten der Hausärzte

Die Fokusgruppen fanden zwischen Januar und Juli 2012 statt.

Die neun Teilnehmenden waren im Alter zwischen 35 und 65 Jahren, zwei davon Frauen. Alle sprachen fließend Deutsch. Die Dauer ihrer Praxistätigkeit lag zwischen 3 und 27 Jahren und wies einen Mittelwert von 16,5 Jahren auf. Fünf teilten ihre Praxis mit mindestens einem weiteren Arzt. Alle Teilnehmenden wiesen einen Facharztstitel in innerer Medizin, Allgemeinmedizin oder allgemeiner innerer Medizin auf.

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Nachfolgend werden die vier Hauptkategorien mit je zwei bis drei Unterkategorien beschrieben und mit Originalzitaten untermauert.

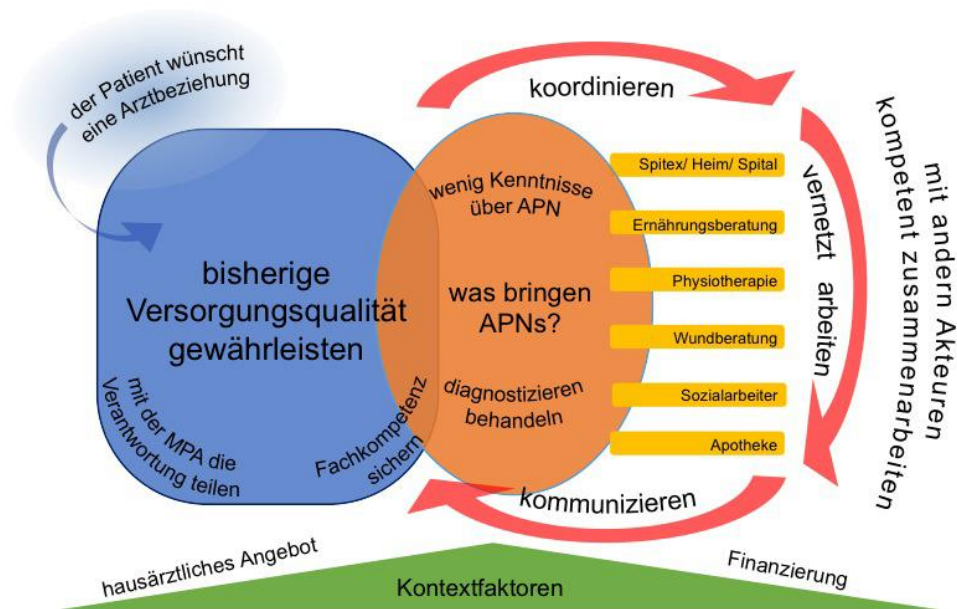


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Ergebnisse

Bisherige Versorgungsqualität gewährleisten

Für die Teilnehmenden steht die hohe Qualität der medizinischen Versorgung an erster Stelle. Sie delegieren nur Aufgaben, wenn die Qualität nicht darunter leidet. Für sie bedeutet Qualität sowohl fachliche Kompetenz als auch die Ansprech- und Vertrauensperson für den Patienten zu sein.

Fachkompetenz sichern

Die Fachkompetenz anderer Berufsangehöriger versuchen sie einzuschätzen, um die Möglichkeit einer Delegation von Aufgaben abzuwägen. Es gibt für sie Bereiche, die klar in die Kompetenz des Arztes einzuordnen sind und solche, die sie zur Entlastung abgeben möchten.

Der Patient wünscht eine Arztbeziehung

Die Hausärzte erleben, dass für die Patienten nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern vor allem auch die persönliche Beziehung wichtig ist. Der Patient wünscht eine Ansprechperson, welche er kennt und welcher er vertraut. Einer der Hausärzte verdeutlichte es: *„Und sie können jemanden betreffend einem Gesundheitsentscheid mit Tonnen an Informationen zuschütten, sie können eine first, second, third oder forth opinion einholen, letztlich läuft es immer wieder auf die Frage hinaus: Wem vertraut er.“*

Mit der MPA die Verantwortung teilen

Die MPAs sind die erste Anlaufstelle für den Patienten und stellen gewissermassen eine Vordiagnose. Sie können sich in der Beratung von Chronischkranken weiterbilden, um z.B. Diabetiker im Umgang mit Blutzuckermessungen zu instruieren. Für weitergehende Beratungen äussern die Teilnehmenden Bedenken, weil den MPAs das Hintergrundwissen fehlt: *„Sie sind vor allem praktisch orientiert. Aber wenn es um eine grössere Beratung (geht), sind sie nicht genug kompetent.“*

Mit andern Akteuren kompetent zusammenarbeiten

Die Hausärzte haben in erster Linie Berührungspunkte mit Spitalärzten und Pflegenden aus der Spitex oder Heimen, aber auch mit Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeuten, Wundberaterinnen und Apothekern. Die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren stellt für sie hohe Anforderungen an die Kommunikationsmittel, aber auch an die Koordinationsfähigkeiten aller Involvierten.

Koordinieren

Insbesondere bei Chronischkranken möchten die Hausärzte die Übersicht über die verschiedenen Versorger behalten. Für sie ist dies mit enormem zeitlichem Aufwand verbunden: *„Ich habe jetzt einen Patienten mit Hemiparese. Dieser hat Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Spitex und Privatpflege. Es ist schwierig, die ganze Koordination zu leisten.“*

Kommunizieren

Der Austausch mit Pflegenden aus Heimen oder der Spitex ist für die Hausärzte mit Schwierigkeiten verbunden. Sie möchten die Pflegenden gerne persönlich kennen, beschreiben aber auch die Vorteile der schriftlichen Kommunikation, welche dem Verlust von Informationen vorbeugt: *„Ich habe gemerkt, dass durch das häufig wechselnde*

Personal die Information, die ich einer Person gebe, nirgends dokumentiert wird.“ Sie sind sich einig, dass die elektronische Krankengeschichte den Datentransfer erleichtert und künftig in allen Arztpraxen eingeführt wird. Sie äussern sich aber skeptisch bezüglich Datenschutz: „Ich denke, wenn es im vernünftigen Rahmen ist, ist's schon ok. Aber sonst bin ich eben gegen den ‚gläsernen‘ Patienten.“

Vernetzt arbeiten

Die meisten Teilnehmenden gehen davon aus, dass sich Koordination und Kommunikation einfacher gestalten lässt, wenn die verschiedenen Akteure unter einem Dach organisiert sind. Auch der fachliche Austausch wird dann als entlastend empfunden. *„Wir haben in der Praxis Psychologen. Die Spitex sowieso und auch die Ernährungsberatung, welche bei uns zweimal im Monat arbeitet. Zudem ist auch ein Physiotherapeut bei uns (...) Ich merke schon, der Austausch ist einfach besser.“* Die Anstellung eines Spezialisten lohnt sich für eine Einzelpraxis kaum. Für die meisten wäre aber ein Spezialist denkbar, welcher für mehrere Arztpraxen zuständig ist.

Was bringen Advanced Practice Nurses (APNs)?

Die Hausärzte versuchen abzuwägen, welche Aufgaben Pflegende generell leisten können, ohne Einbusse der Versorgungsqualität. Sie beschreiben, wo sie schon heute erfolgreich mit Pflegenden zusammenarbeiten.

Wenig Kenntnisse über APN

Die Hausärzte haben nur eine vage Vorstellung vom Berufsbild einer APN und worin sie sich von ihren Berufskolleginnen unterscheidet. Sie fragen sich, wo solche in der Schweiz tätig sind. Sie können sich auch mit den Beschreibungen aus der Literatur kein konkretes Bild davon machen. Ein Arzt hat den Eindruck, dass sich die Kompetenzen der Spitex-Mitarbeitenden mit jenen der APNs decken: *„Ich finde, Wunden oder eben auch Blutzucker und Quick, da sind wir alle froh, wenn uns das die Spitex abnimmt. Eigentlich sind das für mich Advanced Practice Nurses, die heissen einfach nicht so.“*

Diagnostizieren und behandeln

Die Mithilfe in der Diagnostik gehörte schon immer in den Aufgabenbereich von Pflegenden. Ein Arzt sieht daher auch keinen Grund zu Bedenken, wenn dieser Bereich weiter ausgebaut werden sollte: *„Als Heimarzt bist du angewiesen auf die Pflegenden, die machen wichtige Beobachtungen. Sie sagen zum Beispiel, diese Frau könnte eine Blasenentzündung haben und machen einen Combur®...“* Die Ärzte fragen sich jedoch, wie weit die Kompetenzen einer APN bezüglich Therapien ohne ärztliche Verordnung gehen sollen. Am ehesten können sie sich eine APN in der Betreuung von Chronischkranken vorstellen. Eine Ärztin, welche angehende APNs in ihrer Praxis begleitet, schätzt an ihnen, dass sie die Patienten ganzheitlicher beraten: *„Ich habe*

gemerkt, die gehen anders an den Patienten heran. Sie berücksichtigen den Alltag. Wie funktioniert dieser, wie kommen Patienten im Alltag zurecht, wie pflegen sie sich.“

Kontextfaktoren

Ob und in welche Richtung sich die Zusammenarbeit in der Grundversorgung neu entwickeln wird, hängt für die Hausärzte vor allem auch von den personellen und finanziellen Ressourcen ab.

Hausärztliches Angebot

Ein Mangel an Hausärzten zeichnet sich ab, auch wenn sich das Problem bis anhin vorwiegend in ländlichen Gegenden zeigt. Insbesondere für die Hausärzte mit einer Einzelpraxis erfordert die hohe Präsenzzeit und die Bereitschaft abends und am Wochenende zu arbeiten, Flexibilität und Engagement. Sie fragen sich, wozu die nachfolgenden Kollegen noch bereit sein werden: *„Wer betreut dann noch die Leute zu Hause? Und wer betreut sie an den Randzeiten? Dann wird der Wunsch wahrscheinlich auch von Grundversorgerseite grösser, so etwas auf einem Gemeindepflege-Niveau anzubieten.“*

Finanzierung

Für die Teilnehmenden hängt die Delegation an andere Berufsangehörige auch davon ab, ob deren Arbeit verrechnet werden kann. Denn auch gewisse Leistungen einer MPA, wie z.B. die Instruktion von Diabetikern, können nicht abgerechnet werden. So steht auch der Einbezug einer APN in der Praxis vor einem Finanzierungsproblem: *„Es ist halt auch die Kostenfrage. Wenn man jemanden in der Praxis anstellt, der spezielle Beratungsfunktionen übernimmt, dann muss man das abrechnen können. Sonst ist es nicht machbar.“*

Diskussion

Die vorliegende Studie ist die erste in der Schweiz, welche die Zusammenarbeit mit APNs in der Grundversorgung aus Sicht von Hausärzten untersucht. Obwohl die Fokusgruppeninterviews mit einer kleinen Anzahl und nur mit städtischen Hausärzten durchgeführt wurden, deckt die befragte Gruppe eine breite Spanne von Berufserfahrung ab.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Teilnehmenden eine Zusammenarbeit mit APNs, welche mit ihnen teilweise ergänzend oder sogar überschneidend arbeiten, vorstellen können, sofern die bisherige Versorgungsqualität gewährleistet bleibt. Die Interviews lassen jedoch erkennen, dass die meisten der Befragten kaum konkrete Vorstellungen von den Kompetenzen einer APN haben und verunsichert sind, ob eine Delegation eine

Qualitätseinbusse zur Folge hat. Zu dieser Unsicherheit führt u.a. die Tatsache, dass in der Schweiz erst wenige APNs in der Grundversorgung tätig sind, sodass den Hausärzten konkrete Praxisbeispiele fehlen. Erfahrungen aus andern Ländern zeigen jedoch, dass sich APNs in der Grundversorgung bewähren [29, 30]. Gemäss einer holländischen Studie werden Patienten mit kleineren Gesundheitsproblemen von einer APN konsultiert, wie beispielsweise bei Atemwegsbeschwerden, Halsschmerzen, Ohren- oder Nasenproblemen, muskuloskelettalen Problemen, Harnwegsinfekten oder kleinen Verletzungen [31]. Die APNs erheben die Anamnese, untersuchen die Patienten klinisch und treffen Entscheidungen bezüglich Behandlung, bzw. weiteren Abklärungen. Es besteht aber immer die Möglichkeit, das weitere Procedere mit einem Hausarzt abzusprechen. Studien zeigen, dass die Konsultationen bei der APN zwar länger dauern, aber die Resultate bzgl. Gesundheitszustand und Einweisungen vergleichbar sind [31-33]. APNs übernehmen auch Tätigkeiten, die von den bestehenden Berufsgruppen bis anhin unzureichend abgedeckt werden, wie beispielsweise die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen [34, 35]. Nach der Studie von Kinnersley et al. erhalten die Patienten durch die ANP mehr Informationen über ihre Krankheit und ein geeignetes Symptommanagement [32].

Für den Einsatz von APNs fehlen in der Schweiz immer noch die politischen und finanziellen Voraussetzungen. Die Rahmenbedingungen, um Aufgaben an APNs zu delegieren und zu verrechnen, sind heute noch kaum gegeben. Nach heutiger Gesetzgebung gehören APNs nicht zu den universitären Medizinalberufen, obschon sie über einen akademischen Abschluss auf Master- oder Doktorniveau verfügen. Aufgrund dieser Studie kann geschlossen werden, dass es seitens der APNs Bemühungen braucht, ihre Rollen anhand von konkreten Beispielen aufzuzeigen und die Resultate ihrer Interventionen mit Studien zu verdeutlichen. Zudem wird offensichtlich, wie dringend es ist, den gesetzlichen Rahmen für die Umsetzung solcher interprofessioneller Modelle voranzutreiben.

Dank

Unser Dank geht an das Expertengremium und an die Hausärzte für ihr Engagement in den Interviews und ihre Zeit, die sie uns zur Verfügung stellten. Weiterer Dank gilt Prof. D. Nicca und den Studienkolleginnen der Erstautorin für die fachliche Unterstützung und Dr. T. Stingelin vom VHZ für seine Unterstützung in der Rekrutierung. Diese Studie wurde von der Kommission „Recherches et réalisations en médecine appliquée“ (RRMA) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) unterstützt.

Key messages

Die Versorgungsqualität soll mit dem Einsatz von APNs mindestens erhalten bleiben.

Das Bild einer APN in der Grundversorgung ist in der Schweiz noch wenig bekannt, obschon sich APNs in andern Ländern bewähren.

Es fehlen die politischen und finanziellen Rahmenbedingungen, um Aufgaben an APNs delegieren und verrechnen zu können.

Korrespondenzadresse

Corinne Steinbrüchel-Boesch, MScN, RN

Pflegeexpertin APN

Rämistrasse 100 (West F23)

8091 Zürich

corinne.steinbruechel-boesch@usz.ch

Bibliografie

1. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ*. 2001;323(7319):945-6.
2. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011;61(1):50-62.
3. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung" von GDK und BAG. Bern; 2012.
4. World Health Organisation. Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action. Geneva 2002.
5. World Health Organisation. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-9.
7. Plumb J, Weinstein LC, Brawer R, Scott K. Community-based partnerships for improving chronic disease management. *Primary Care; Clinics in Office Practice*. 2012;39(2):433-47.
8. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs*. 2009;28(1):w1-16.
9. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569-72.
10. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 3rd ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2005.
11. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/ Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2007;88(46):1942 - 52.
12. Allen KR, Hazelett S, Jarjoura D et al. Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2002;11(2):88-98.
13. Burgener SC, Moore SJ. The role of advanced practice nurses in community settings. *Nurs Econ*. 2002;20(3):102-8.
14. Lindblad E, Hallman EB, Gillsjo C, Lindblad U, Fagerstrom L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care--a qualitative study. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):69-74.
15. Martin-Misener R, Reilly SM, Vollman AR. Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *Can J Nurs Res*. 2010;42(2):30-47.
16. Giger M, De Geest S. Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2008;89(43):1839 - 43.

17. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *J Adv Nurs*. 2006;53(4):381-91.
18. Bryant-Lukosius D, Di Censo A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530-40.
19. Bryant-Lukosius D, Di Censo A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):519-29.
20. Wilson K, Coulon L, Hillege S, Swann W. Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. *Aust J Adv Nurs*. 2005;23(2):22-7.
21. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapao LV. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):118.
22. Lindpaintner L. Skill Mix in der Grundversorgung. *Care Management*. 2010;3(6):18-19
23. Schweizerisches Dienstleistungszentrum Berufsbildung B-, Studien- und Laufbahnberatung SDBB. BIZ-Berufsinfo Bern2012 [Available from: <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?id=2899>. Letzter Zugriff: 24.09.2016.
24. Rosemann T, Schalch E, Birnbaum B, Zanoni U. Grundversorgung: Der Weg aus der Krise führt auch über die MPA. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2010;91(28/29):1081-3.
25. Schalch E. Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin? *Schweizerische Ärztezeitung*. 2011;92(43):1665-7.
26. Flick U, von Kadorff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 7th ed. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2009.
27. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11th ed. Weinheim: Beltz; 2010.
28. Kantonale Ethikkommission Zürich. Kantonale Ethikkommission Zürich Zürich: Kanton Zürich Gesundheitsdirektion; 2011 [Available from: http://www.kek.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/kek/de/fragen_antworten.html - subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-kek-de-fragen_antworten-jcr:content-contentPar-textimage_0. Letzter Zugriff: 27.02.2011.
29. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Paper No.54*. 2010. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>. Letzter Zugriff: 16.09.2012.
30. Naylor MD, Broton DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(5):675-84.
31. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):391-401.

32. Kinnersley P, Anderson E, Parry K et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000;320(7241):1043-8.
33. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324(7341):819-23.
34. DiCenso A, Auffrey L, Bryant-Lukosius D et al. Primary health care nurse practitioners in Canada. *Contemporary nurse*. 2007;26(1):104-15.
35. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of interprofessional care*. 2003;17(3):223-37.